Formulario de Selección de Beneficios de Miembros de AmeriCorps VISTA

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social: □□□- □□ - □□□□

Usted puede elegir entre las siguientes opciones:

(1) Un estipendio de fin de servicio de $ 1,200 que se paga en efectivo al fin de su servicio

(2) Una beca educativa de $ 4,725 que se paga a un dador de préstamos o a la institución educativa hasta siete años después de prestado el servicio voluntario.

No puede elegir ambas opciones.

Si elige la opción de estipendio, también puede ser elegible para recibir la cancelación parcial de los préstamos Perkins (que se hayan tomado con anterioridad a su participación en el servicio de AmeriCorps*VISTA). Esta cláusula de cancelación no está disponible si elige la beca educativa.

Debe completar todo el período de servicio para poder recibir la beca educativa o el estipendio.
(Se harán excepciones en el caso de miembros que no puedan finalizar su período de servicio debido a circunstancias personales de fuerza mayor).

Sírvase considerar su decisión con suma atención. En cualquier momento, antes de finalizar el décimo mes de servicio, usted tendrá la opción de cambiarse **únicamente de la beca educativa al estipendio**. **No** se podrá cambiar del estipendio de fin de servicio a la beca educativa. Si decide realizar el cambio al estipendio antes del fin de su décimo mes, deberá comunicarse con la Ofician de la Corporación de su Estado para realizar los trámites necesarios. No recibirá ningún recordatorio al respecto. Sírvase indicar la opción que elige, marque abajo la casilla apropiada y luego coloque su firma.

Estipendio □ Beca educativa* □

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

*En caso de que fallezca durante mi año de servicio, rescindo mi elección de la beca educativa y elijo el estipendio.

ÚNICAMENTE PARA EL DIRECTOR ESTATAL

Sírvase completar la siguiente información ÚNICAMENTE si el miembro de AmeriCorps*VISTA ha elegido la beca educativa.

1. Fecha de inscripción en el fondo del fideicomiso (Trust): _____ (DD/MM/AA) (Fecha de inicio real de su período de servicio.)
   Firma del Director Estatal: _____ Fecha: _____

2. Registre la información en el sistema SPAN utilizando la pantalla de Education Award (Becas Educativas) *antes del final del próximo período de pago*.

2. Archive la copia original en el archivo del miembro.

Formulario de la Corporación. Rev. 3/05